

Knogleskørhed og prostatakræft



Af Mads Hvid Poulsen,
Læge, Ph.d. Urinvejs-
kirurgisk forsknings-
enhed, Urologisk
Afdeling, Odense Uni-
versitets Hospital

Fotos: Jørgen Jørgensen

Knogleskørhed, også kaldet osteoporose, rammer både mænd og kvinder. Mænd med prostatakræft er i en øget risiko for at udvikle knogleskørhed, hvis de er i kastrationsbehandling, og derfor er det vigtigt at kende til sygdommen.

Knogleskørhed

Knogleskørhed er en tilstand med nedsat knoglemasse og ændret knogleopbygning, hvilket øger risikoen for knoglebrud. Tilstanden medfører i reglen ikke nogen symptomer, før svindet i knoglemassen er så omfattende, at der opstår knoglebrud. De hyppigste brudsteder er underarm, ryg og lårbenshals, men brudene ses også i underben og overarm samt bækken og ribben. Brudene sker ofte, selvom belastningen af knoglen kun er beskedent, f.eks. ved fald, eller i forbindelse med at man går eller ved mindre løft.

Knogleomsætning

Vores knogler nedbrydes og opbygges gennem hele livet. Denne fornyelsesproces udbedrer småskader og sikrer, at knoglerne hele tiden er tilpasset den belastning, de udsættes for. Cellerne, som nedbryder knoglen, kaldes osteoclaster; de opløser knoglens overflade, hvorefter andre celler, kaldet osteoblaster, danner ny knogle.

En lang række faktorer kan forskyde balancen mellem nedbrydning og opbygning af knoglerne.

Hvis nedbrydningen øges mere end opbygningen, vil knoglen svækkes, hvilket øger risikoen for, at den brækker. Med alderen nedbrydes knoglerne mere, end de opbygges, men også en lang række faktorer, herunder blandt andet livsstilsfaktorer som rygning og alkohol foruden visse sygdomme, f.eks. leddegigt og forhøjet stofskifte, og mange lægemidler, kan påvirke balancen i negativ retning.

I 20-30 års alderen når vores knogler deres maksimale knoglemasse. I årene derefter aftager knoglemassen med omkring en procent om året. Denne proces er normal hos både mænd og kvinder.

Knogleomsætning og prostatakræft

Ved kastrationsbehandling, hvad enten denne er foretaget med medicin eller operation, formindskes mængden af det mandlige kønshormon testosteron, hvorved prostatakræften bremses. Hos mænd omdannes testosteron i nogen grad til det kvindelige kønshormon østrogen. Når man fjerner testosteron hos mænd, mistes derfor de positive effekter af testosteron og østrogen på knoglerne. Under-

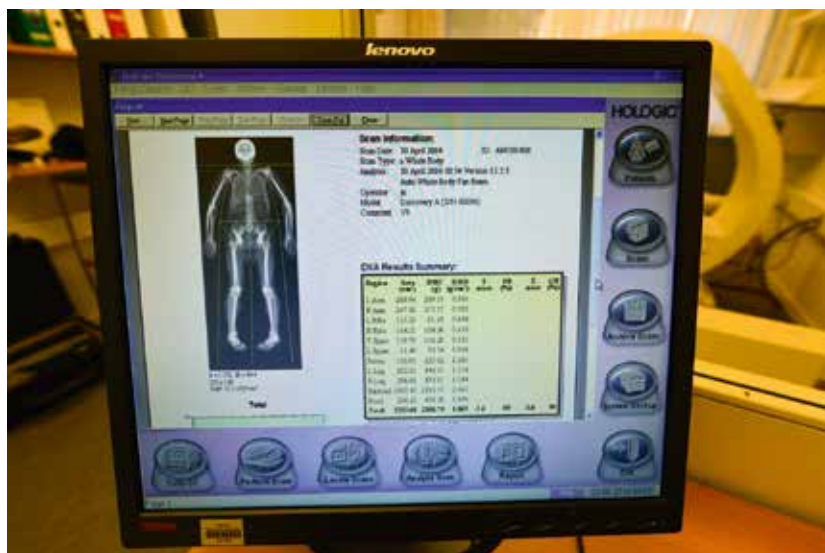
søgelser har vist, at kastrationsbehandlingen medfører et tab af knoglemasse på mellem 2 og 8 % det første år. I de efterfølgende år aftager knoglemassen med omkring 1-3 %. Konsekvenserne af dette er, at kastrationsbehandlingen medfører en øget risiko for knogleskørhed og knoglebrud, samt de følger dette medfører.

Undersøgelser

Diagnosen knogleskørhed stilles ved hjælp af en DXA-skanner, som findes på de fleste større hospitaler i Danmark. Skanneren bestemmer mængden af knogle i hoften og ryggen ved hjælp af røntgenstråling. Undersøgelsen tager 15-20 minutter, og stråledosis er mindre end ved et normalt røntgenbillede af lungerne og således beskedent. Efter skanningen sammenlignes mængden af knogle hos den undersøgte person med den mængde, man typisk finder hos unge raske mænd. Resultatet af sammenligningen afgives som en såkaldt T-score.

En T-score på nul svarer således til, at mængden af knogle er den samme, som man ville forvente at finde hos en rask ung mand.

DXA skanning af skelettet





- Er T-scoren $-2,5$ eller lavere har man knogleskørhed.

Diagnosen knogleskørhed kan dog også stilles, hvis man får et såkaldt lavenergibrud i ryggen eller hoften. Lavenergibrud optræder, når man brækker en knogle på trods af, at man kun har belastet knoglen minimalt, f.eks. ved at falde på stuegulvet. Har man kræft, herunder også metastaser i knoglerne, kan der dog også opstå spontane knoglebrud dér, hvor kræften sidder, og da taler man som oftest ikke om knogleskørhed.

Behandling

Ikke-medicinsk behandling

Knoglerne har behov for kalk og D-vitamin. Særligt mælkeprodukter indeholder kalk, men man kan også finde kalk i mange andre fødeemner. D-vitamin dannes, når man udsættes for sollys, men vi får også vitaminet fra kosten – specielt fra fede fisk. Hvis man har et rimeligt dagligt indtag af kalk, f.eks. i form af 2 glas mælk og en ostemad, har man normalt ikke behov for ekstra kalk, men indtager man ikke tilstrækkeligt med kalk, kan det

være en god ide at tage et kosttilskud.

Medicinsk behandling af knogleskørhed

Behandlingen af knogleskørhed hos mænd med prostatakræft, der er kastreret, følger standardbehandlingen for mandlig osteoporose. Knogleskørheden kan behandles med såvel tabletter som indsprøjtninger, og i alle tilfælde suppleres med tilskud af kalk og D-vitamin (med mindre man med sikkerhed får tilstrækkeligt med kalk i kosten). Førstevalget til den medicinske behandling er bisfosfonatet alendronat. Det er en tabletbehandling, som gives en gang hver uge. Hvis denne behandling ikke tåles, eller hvis der er bivirkninger til behandlingen, kan behandling med injektioner af zoledronsyre eller denosumab overvejes. De gives henholdsvis årligt eller halvårligt. Alendronat kan ordineres af ens praktiserende læge, mens en sygehuslæge kan ordinere zoledronsyre og denosumab. Det vil også være den læge, der ordinerer medicinen, som varetager eventuelle bivirkninger til behandlingen.

Bivirkningerne er oftest ubehag i maven, ømhed i musklerne eller leddene, feber, udslæt mv.

En brochure om knogleskørhed og prostatakræft findes på hjemmesiden www.propa.dk. Denne artikel er en forkortet udgave af indholdet i brochuren.

